

**La part des femmes dans les soins de santé**  
**Women's contribution to healthcare**  
**La parte de las mujeres en los cuidados de salud**

Francine Saillant

Numéro 28 (68), automne 1992

Prendre soin. Liens sociaux et médiations institutionnelles

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1033807ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1033807ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Lien social et Politiques

ISSN

0707-9699 (imprimé)

2369-6400 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Saillant, F. (1992). La part des femmes dans les soins de santé. *International Review of Community Development / Revue internationale d'action communautaire*, (28), 95–106. <https://doi.org/10.7202/1033807ar>

Résumé de l'article

L'apport des femmes à la production de la santé et des soins a un caractère essentiel et universel tant dans l'histoire que dans la société actuelle, en fonction de deux axes primordiaux : la protection du corps et le soutien par l'entraide et l'accompagnement. Les orientations actuelles des systèmes de santé occidentaux, comprenant une promotion idéologique de la santé et de l'autonomie qui a pour conséquence la déqualification de certaines valeurs, notamment celles de l'interdépendance, compromettent l'avenir des soins dans la mesure où il n'existe pas de soin sans l'existence simultanée de la dépendance et de l'interdépendance. Le soin représente une forme de rituel d'accompagnement dans les passages de la vie, un travail de médiation.

# La part des femmes dans les soins de santé<sup>1</sup>

**Francine Saillant**

Sur le plan social, nous nous sommes habitué-e-s à observer les soins comme étant surtout l'œuvre des femmes et la médecine l'œuvre des hommes, particulièrement la médecine de la haute technologie et de la super-spécialisation. Le clivage que nous observons aujourd'hui entre les soins et la médecine est un clivage qui s'opère en fonction du sexe : il exprime les rapports historiques et culturels distincts que vivent les hommes et les femmes face au corps, à la santé et à la vie en général. Une telle séparation constitue cependant un phénomène assez récent dans l'histoire de l'humanité. Avant la Renaissance, cette séparation existe, mais elle est beaucoup moins nette que celle que l'on observe aujourd'hui<sup>2</sup>. On connaît plusieurs exemples de femmes soignantes qui intégraient soins et médecine : rappelons l'œuvre

de Trotula, de l'École de Salerne, ou encore celle de Hildegarde de Bingen<sup>3</sup>.

Au cours de la Renaissance, dans l'Europe occidentale, on a peu à peu cherché à séparer magie et médecine et à dévaluer la médecine empirique. Pour les femmes soignantes, cela entraîna une double conséquence. Leurs pratiques furent condamnées et associées à la médecine populaire de l'époque : nombre de femmes accusées de sorcellerie étaient, ces faits sont aujourd'hui bien connus, des femmes âgées, gardiennes du savoir des soins dans les communautés, savoirs qui s'inséraient dans les savoirs populaires, jugés comme des superstitions. Ces femmes étaient celles qui transmettaient les connaissances et les recettes de médecine aux enfants, filles et garçons<sup>4</sup>.

C'est aussi à la fin du Moyen Âge que les femmes furent

exclues des lieux de formation de cette nouvelle médecine savante et jugée plus rationnelle, celle des facultés universitaires, une médecine qui allait s'éloigner de plus en plus de l'art de soigner. En fait, non seulement les soins que prodiguaient les femmes furent déqualifiés, comme ce fut le cas de l'ensemble de la médecine populaire, mais les femmes perdirent aussi, par leur exclusion des hauts lieux du savoir, le contrôle sur la définition et la connaissance du processus de soigner. Peu à peu, les soins devaient malheureusement se réduire à l'idée de service, être enchâssés dans la subordination à l'institution médicale. D'une part, la pensée sur les soins s'est alors vue enfermée et interdite, d'autre part la valeur thérapeutique des soins fut réfutée ou niée. Mais, au-delà du mépris des élites savantes, ces faits n'ont pas

aussi la pensée de plusieurs théoriciennes issues des professions de l'aide, du mouvement féministe ou des sciences sociales, qui conceptualisent depuis quelques années le concept de *caring*, un dérivé du concept de *care*. Elles la posent parfois comme un équivalent de soigner, d'autres fois comme son essence ou encore comme sa condition essentielle (Collières, 1986; Leininger, 1988; Morse et autres, 1990; Saillant, 1991a).

Les soins sont omniprésents dans toutes les sphères de la société et ce sont les femmes, en très grande majorité, qui les prodiguent: dans la famille par l'intermédiaire des mères, chez les bénévoles et dans les groupes d'entraide, dans les organismes communautaires, parmi lesquels figurent les centres de services féministes, par la voie des thérapeutes holistes des médecines douces, mais aussi dans les institutions de santé, portés par les auxiliaires et les professionnels. Des soins peuvent aussi être donnés par des médecins, par ceux ou celles qui rompent avec l'idéologie scientifique et cherchent une autre voie pour la médecine. Ils sont l'œuvre des femmes, par la voie de la socialisation (Saillant, 1991a). La préparation des filles aux tâches familiales et au maternage favorise l'intériorisation de l'attitude de base des soins: le souci de l'autre, qui implique la protection du corps et l'entraide, pour soi et pour les proches. La socialisation inscrit le *caring* comme ingrédient de l'identité féminine, et de ce fait paraît déterminer, pour nombre de femmes, l'auto-responsabilisation pour les soins. Plus que cela, l'expérience que vivent les femmes par rapport à leur corps dans le déroulement du cycle de la reproduction les amène à

développer une sensibilité particulière par rapport au corps. Partie de l'identité sociale féminine, les soins sont aussi liés au sort que l'on réserve aux femmes dans l'ensemble de la société: trop souvent méprisés, dévalués, déqualifiés, banalisés.

L'une des manières de comprendre l'importance des soins dans les différentes cultures consiste à les examiner sous l'angle de l'anthropologie. Par exemple, Leininger (1988) a mis en évidence, à partir d'études et d'observations effectuées dans une trentaine de cultures, le caractère universel des soins. Au-delà des différences entre les cultures, les soins sont partout présents. Au niveau de l'évolution des sociétés, de tout temps, les soins ont été partie de la vie: ils sont au cœur du développement des sociétés et des cultures, parce qu'ils représentent une part importante des moyens que les populations et communautés ont mis en place pour vivre et survivre. Toutes les collectivités ont dû opérer des choix en fonction des contraintes de leur environnement de manière à faciliter dans la longue durée leur maintien et leur insertion dans des écosystèmes variés. Ces choix concernent l'habitation, le vêtement, l'alimentation, les styles de vie, la technologie. Ils sont aussi de l'ordre des divers moyens de prévenir la maladie, ou de la pallier, mais aussi d'*entretenir* la vie dans le sens le plus large (Leininger, 1978; Collières, 1985).

La valeur thérapeutique des soins est de plus en plus reconnue lorsqu'on examine l'apport des femmes aux divers systèmes de médecine traditionnelle du monde et leur contribution à la sélection, à la cueillette, à la conservation et à la préparation des plantes médicinales (Sharp, 1986; Saillant, 1992). Au cours

empêché que se perpétuent les traditions de soins, certaines d'entre elles jusqu'à nos jours (Loux, 1978; Saillant, 1990). Aujourd'hui, qui ne connaît pas Docteur maman? Comme on le sait, le sort fut autre pour l'art de la médecine, qui partage pourtant avec l'art de soigner cette origine magico-empirique. Ces processus historiques ont déterminé la séparation entre soins et médecine selon le sexe, entre le *cure* et le *care*, telle que nous pouvons aujourd'hui l'observer. Rappelons que, dans le langage des sciences sociales, on se réfère généralement au *care* pour identifier globalement les soins, et au *cure* pour nommer le traitement.

*Selon notre propre définition, le mot soin signifie ici un ensemble complexe de valeurs et de symboles, de gestes et de savoirs, spécialisés ou non, susceptibles de favoriser le soutien, l'aide ou l'accompagnement de personnes fragilisées dans leur corps-esprit, donc limitées, temporairement ou sur une longue période de leur existence, dans leur capacité de vivre de manière indépendante. Autant qu'il se peut, les soins doivent aussi permettre de favoriser le retour à l'indépendance des personnes aidées. Dans les soins, il n'y a pas d'indépendance sans la reconnaissance de l'interdépendance. Cette conception des soins reflète*

de l'histoire, les femmes ont été au premier plan dans les activités de cueillette, contribuant à nourrir mais aussi à soigner: bien des plantes connues pour leurs propriétés médicinales ont d'abord été sélectionnées pour des fins alimentaires<sup>5</sup>. Pensons au seigle, dont on a tiré l'ergot de seigle, utilisé autrefois lors de l'accouchement, au riz, qui sert à fabriquer l'eau de riz, laquelle soigne la diarrhée du bébé, etc. Les soins traditionnellement développés par les femmes sont enchâssés dans les activités de la vie quotidienne (agriculture, alimentation): ils favorisent entre autres la protection du corps. Comme le note Collières (1985: 42):

Autour des végétaux commencera à naître ce qui sera sans doute la plus grande alchimie du monde, la transformation des produits recueillis en poudres, farine, bouillies, ou encore en jus, breuvages de tous genres. Par broyage, concassage, pétrissage, les femmes viennent à préparer les aliments végétaux sous des formes très différenciées, prémices de toutes les cuisines du monde. Mais en soumettant les végétaux à toutes sortes de préparation, les plantes livrent leurs secrets et leurs philtres. Constituants essentiels de la préparation des repas, elles laissent percevoir l'immense gamme de leur pouvoir thérapeutique.

Un exemple puisé dans la société traditionnelle québécoise nous montre que les femmes préparaient des tisanes à base de résineux que l'on devait prendre tout l'hiver pour prévenir les maladies du froid. Cette pratique a permis une cohabitation plus harmonieuse de la population québécoise avec les rigueurs du climat, si l'on tient compte du contenu élevé en vitamines C de ces tisanes (Saillant, 1991b). À noter que dans l'exemple de soin que nous fournissons ici, la prévention n'est pas opposée au traitement comme on le voit généralement dans la société actuelle. Les soins de la médecine domestique sont holistes,

associant le préventif au curatif. Nombre de recettes médicinales ou recettes dites de grands-mères, qui furent jusqu'à la fin du dix-neuvième siècle la principale ressource thérapeutique des familles québécoises, étaient fabriquées non seulement à partir de plantes médicinales, mais aussi à partir d'ingrédients de l'alimentation quotidienne, selon le principe que ce qui nourrit, protège et reconstitue le corps peut aussi guérir (Saillant, 1992). Pensons au pain (Loux et Saillant, 1990), composé essentiel des cataplasmes qui traitent les maladies de peau, aux herbes aromatiques (persil, thym), dont on redécouvre aujourd'hui, à travers l'aromathérapie, les propriétés médicinales, ou encore à l'oignon, favorisé dans le traitement des affections touchant bronches et poumons. De même, le lard et le sucre du pays étaient parmi les ingrédients les plus employés dans les recettes de médecine des Québécoises.

Cet apport des femmes n'est pas le fait que du passé: l'industrie pharmaceutique moderne, qui dit « découvrir » les médicaments par la voie de la recherche, s'approprie bien souvent des traditions millénaires qui incluent la découverte empirique et l'usage de plantes médicinales, traditions qu'ont perpétuées, à bien des égards, les femmes. L'image de chercheurs en quête de la panacée anti-sida dans le fin fond de la forêt amazonienne en danger de perdre ses arbres et ses cultures aborigènes atteste la persistance de cette pratique « d'emprunt » de l'industrie pharmaceutique.

Les exemples que nous avons donnés illustrent en partie que les soins sont reliés à la survie des populations, non seulement en ce qui concerne la protection du corps, en regard

des savoirs et pratiques de la vie quotidienne, de nature préventive, curative et même palliative, mais aussi par rapport au soutien social qu'ils peuvent générer, dans la mesure où ils impliquent une relation d'aide et un climat affectif particuliers. Voyons maintenant plus spécifiquement le lien que nous établissons avec la dimension du soutien.

De manière plus théorique, le soutien social serait la somme de tous les échanges sociaux, instrumentaux et émotionnels existant entre les individus: ces échanges donnent aux individus une plus grande sécurité dans l'interdépendance (Pillisuk et Parks, 1986). Le soutien social est susceptible d'apporter à un individu le message d'un environnement qui se soucie de lui et qui l'estime (Jennings, 1987: 64). Il se concrétise par le soutien matériel (partage d'information, de ressources, etc.), par l'entraide (entre individus partageant une même condition) ou encore par l'accompagnement (de soignants aux personnes fragilisées). Le travail des soins (*caring*) apporte le contact humain et le climat affectif nécessaires au fonctionnement du soutien social: parmi toutes les dimensions du soutien social, celle du soutien émotionnel est sans doute la plus constante dans le travail des soins. Sans le soutien social, nous sommes forcés à plus d'indépendance et de solitude. Avec le soutien social, nous bénéficions des effets de la reconnaissance de l'interdépendance. Le soutien social est souvent le fil conducteur qui donne sens à la vie. Les échanges avec les « autres significatifs » permettent les liens affectifs, le maintien de l'identité sociale, le maintien de la réalité et la construction d'un sens de la vie pour soi<sup>6</sup>.

Dans la société québécoise, les exemples de pratiques de soins illustrant l'importance du soutien social par l'entraide ou l'accompagnement sont nombreux. Parmi d'autres, retenons celui des infirmières de colonie, c'est-à-dire de ces femmes qui sont chez nous les pionnières de la santé communautaire<sup>7</sup>. On sait que les infirmières de colonie furent engagées au début du siècle par le ministère des Colonies, et constituaient la principale ressource socio-sanitaire des populations qui s'installaient dans des régions éloignées. Non seulement prodiguaient-elles des services d'urgence (entendre ici des services médicaux), mais elles se présentaient comme de véritables agents de cohésion sociale et de développement communautaire. Elles prêtaient de l'argent, donnaient des médicaments qu'en principe elles devaient vendre, accompagnaient les femmes enceintes du début de la grossesse aux relevailles, conseillaient dans la vie quotidienne, étaient de toutes les fêtes et de tous les malheurs du village. Les résultats préliminaires d'une recherche en cours sur l'ethno-histoire des infirmières de colonie nous amènent à développer des hypothèses à propos du rôle que ces dernières ont pu jouer dans le développement des communautés qu'elles desservaient.

Il semble que ces femmes étaient à la fois maille et armure du tissu social, en même temps qu'elles prévenaient et guérissaient les maux de la vie quotidienne. Elles se donnaient à la communauté, mais la communauté leur accordait en retour le support matériel et la reconnaissance sociale. Pour elles, soigner englobait justement les dimensions de protection du corps et de soutien par l'entraide ou l'accompagnement que nous développons ici. L'analyse des matériaux fournis par les entrevues en cours auprès d'une cinquantaine de ces femmes ainsi que des archives consultées nous permettra d'étaier ce que l'on doit considérer ici comme des hypothèses<sup>8</sup>. Comme l'ont souligné Pillisuk et Parks (1986: 17), de la promotion du soutien social découle la promotion de liens de cohésion et de possible réciprocité: or, les valeurs de cohésion et de réciprocité sont au cœur de la pratique des soins. Selon nous, il n'y a pas de soin, de véritable *caring* sans souci de l'autre, sans la reconnaissance des liens humains d'interdépendance. Cette interdépendance reconnue ne signifie pas pour autant que la réciprocité soit équivalente dans toutes les situations de soins: le degré de réciprocité peut varier selon que l'accent est mis sur l'entraide ou sur l'accompagnement.

En résumé, il est possible d'appréhender l'importance des soins, c'est-à-dire la *dimension soignante*, selon deux axes interreliés. Le premier, celui de la protection du corps, favorise l'entretien de la vie et la survie: le deuxième, celui du soutien social par l'entraide ou l'accompagnement, apparaît comme un ingrédient essentiel du développement des communautés. Nous affirmons que les deux axes sont interreliés, c'est-à-dire imbriqués selon un rapport de type holiste.

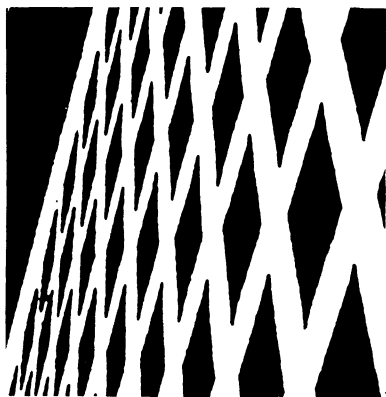
Par exemple, les soins du maternage réunissent protection et soutien: il en est de même des soins de l'adulte âgé fragilisé que donne une fille à sa mère ou à son père, ou encore des soins spécialisés de l'infirmière à domicile qui accompagne un individu mourant d'un cancer en phase terminale, ou de ceux de l'intervenante d'un centre de santé de femmes qui accompagne une jeune fille dans son choix d'interrompre volontairement sa grossesse. Dans d'autres cas, des intervenants seront actifs dans la mise en place d'un réseau d'entraide et prendront la place de personne-ressource: ainsi, une soignante organise un réseau de femmes allaitantes, et réunit alors la protection du corps et le soutien par l'entraide, ce qui n'exclut pas la possibilité de l'accompagnement.

Ces axes organisateurs du phénomène soin permettent de préciser ce que nous apprend l'étymologie du mot soin, c'est-à-dire *préoccupation, souci, sollicitude*. Par rapport aux valeurs qui sous-tendent ces pratiques et savoirs, on note la place centrale accordée à l'autre, et l'acceptation des réalités indissociables de l'indépendance et de l'interdépendance.

### **L'autonomie tous azimuts et les pièges d'une société sans soins**

Depuis les trente dernières années, dans l'ensemble des pays occidentaux, nous assistons à la transformation profonde du paysage socio-sanitaire, autrefois caractérisé par la prévalence des maladies infectieuses. Dans les pays occidentaux, cette transformation correspond à une configuration de conditions sociales et de maladies prévalentes incluant, de l'avis d'une majorité d'experts, 1) le vieillissement de la population et la création du quatrième

âge, 2) la prépondérance des maladies chroniques, donc la possibilité pour de nombreux individus de vivre plusieurs années de leur vie en souffrant d'une maladie ou d'une condition impliquant un déficit fonctionnel et une perte de qualité de vie et d'autonomie, 3) la souffrance sociale reliée à la pauvreté, à l'isolement, à la marginalité et à la violence subie par des portions de plus en plus étendues de population, 4) l'arrivée d'une nouvelle épidémie, le sida, associant ici, pour les individus qui en sont atteints, l'état de chronicité, la marginalisation, la souffrance physique et morale et, souvent, la pauvreté. En ce sens, nos sociétés font face à une modification des images de la maladie et de la souffrance et des diverses formes de dépendance qui en découlent.



Au cours de la même période, et de façon plus intense depuis dix ans, nous avons assisté au démantèlement de l'État providence: ce phénomène a de lourds effets sur les systèmes de santé des pays occidentaux, qui font face à une crise par rapport à leur développement. Pour avoir véritablement accès au système de santé, la population doit aujourd'hui payer de plus en plus cher, en raison des transformations du paysage socio-sanitaire,

mais aussi en raison des technologies complexes que requiert la biomédecine<sup>9</sup>. De plus en plus de gens pensent que, bien que la santé doit toujours être considérée comme un droit, la biomédecine ne saurait être le moteur essentiel du développement des systèmes de santé, d'autant plus que les traitements médicaux ne répondent pas à eux seuls aux besoins, largement déterminés par des facteurs sociaux, culturels, politiques et économiques. Les connaissances sur les déterminants de la santé sont de plus en plus précises, notamment quant à la place prépondérante de facteurs tels que les habitudes de vie, le support social, le niveau socio-économique. Ces mêmes gens considèrent également que le droit à la santé pourrait dorénavant s'appuyer prioritairement sur des politiques de promotion de la santé axées sur le développement communautaire, l'auto-santé et l'entraide, et ensuite sur la biomédecine et ses ramifications. Il est à noter que nous retrouvons ici, sous une terminologie qui masque la question du sexe, donc la question des rapports hommes-femmes dans la production de la santé et des soins, les axes de protection du corps et d'entraide que nous considérons précédemment comme les axes organisateurs de la pratique et des savoirs des soins. Par exemple, dans le *Plan d'ensemble pour la promotion de la santé* (Epp, 1986a), la protection du corps apparaît sous l'angle de l'adoption d'habitudes de vie saines dans des environnements sains, tandis que l'entraide constitue aussi un mécanisme clef de promotion de la santé.

Parmi les États modernes se situant à la pointe des réajustements nécessités par ces transformations, on compte le Canada. Plusieurs textes récents,

inspirés de l'OMS (1984), rassemblent les grandes lignes du virage qui est en train de s'opérer. Citons à ce titre la Charte d'Ottawa et le rapport Epp (Epp, 1986b), qui convergent vers une seule et même idée: il faut produire la santé à moindre coût, baser nos interventions sur la communauté et la participation, favoriser l'autonomie, la responsabilité et l'appropriation, mettre en place des environnements sains, générateurs des conditions favorables à des modes de vie sains. Pour les individus et les communautés, malades ou en santé, le message est le même: l'État veut produire des individus autonomes et productifs, qui seront le moins dépendants possible des ressources humaines et économiques de leur environnement<sup>10</sup>.

Par ailleurs, ce nouveau système de santé se construit sur un fond social précis, que nous qualifierons de post-moderne. On se réfère le plus souvent à la société post-moderne en soulignant la montée des valeurs reliées à l'hyperindividualisme. Deux thèses surtout s'affrontent, que nous distinguons en les qualifiant d'hypothèse de la société froide et d'hypothèse de la société chaude. On associe à la société froide le déni de la mort, de la souffrance et du handicap, l'anomie et la désintégration sociale des communautés de base (Lipovetsky, 1983). La société froide apparaît comme anti-soins. Dans la société chaude, parfois qualifiée de société tribale, les nouvelles familles se substituent à la famille nucléaire. Des solidarités nouvelles se construiraient sur les réseaux d'entraide, de plus en plus nombreux et spécifiques, générateurs d'identités nouvelles et foisonnantes, et de nouvelles formes associatives s'élaboreraient à partir de l'affect

et du besoin de proximité (Maffesoli, 1988). La société chaude, dans la mesure où l'on accepte cette hypothèse, pourrait être plus propice aux soins. La réalité dépasse probablement ces deux caricatures.

La souffrance, les états limites, la maladie sont susceptibles de favoriser l'expression plus ou moins ouverte du besoin de l'autre et de générer, à des degrés divers, la dépendance. Cela peut conduire à des situations d'isolement et de rupture sociale caractéristiques de la société froide: nous reconnaissons ici la *lady bag* du centre-ville, la femme itinérante victime de la violence institutionnelle et sociale. Cela peut aussi générer les identités émergentes de la société chaude: on retrouve ici l'ex-psychiatrisé membre d'un groupe d'entraide et luttant pour ses droits. En fait, dans cette société post-moderne, ces deux réalités coexistent, exprimant la tension entre les valeurs d'interdépendance et les valeurs d'hyperindividualisme. Ultimement, dans la société post-moderne, on demande aux indigents, aux gens qui souffrent, femmes et hommes susceptibles de demander de l'aide, d'être le plus autonomes possible. Dans cette société de prise en charge collective, et au niveau des politiques de santé, protection et entraide

coexistent dans le but de promouvoir le développement maximal de l'autonomie. Il y a bien sûr les coûts sociaux et économiques que l'on cherche à éviter, mais il y a plus: l'idée de devoir supporter un ou des êtres dépendants devient de plus en plus inacceptable pour l'État et pour la société.

L'individu aux prises avec une condition sociale limite (sida, Alzheimer...) se fait dire qu'il doit compter sur les autres proches, sur son entourage et sur lui-même pour vivre et survivre. Dans cet esprit, la promotion de l'autonomie, survalorisée, prend un caractère normatif et idéologique. Les individus jugés non autonomes, fragilisés par une condition ou une souffrance, doivent « apprendre à vivre avec leur maladie », « apprendre à mourir », « gérer leur handicap », etc. Ils représentent autant d'identités parcellaires et éclatées, autant d'images de la souffrance à effacer. Si l'auto-santé et l'entraide, qui sont au cœur des soins et aussi du mouvement pour la santé des femmes, paraissent autrefois menaçantes pour le professionnalisme et le pouvoir médical, dans le contexte post-moderne, elles se transforment en panacées pour l'État, qui cherche par tous les moyens à limiter ses dépenses et à se décharger de ses « poids lourds ». Le sens initial de ces notions se trouve ici étrangement perverti. Par rapport aux valeurs centrales des soins, l'indépendance prend le pas sur l'interdépendance.

Au cours des dernières années, tous les services de santé générés par l'État ont été soupçonnés de coûter cher: tout est devenu de trop, sauf bien sûr la technologie biomédicale et les médecins. On a diminué les temps de séjour, augmenté con-

sidérablement le ratio bénéficiaires-soignante, créé toutes sortes de services, changeant les habitudes hospitalières. Tout le monde est retourné chez soi: les vieux, les agonisants, les psychiatisés. Dans l'ensemble, les soins des institutions de santé ont pris une place différente, utilisés au prorata des besoins quotidiens, tandis que les soins du réseau communautaire et de la famille ont pris de l'ampleur.

Des milliers de femmes sont présentes à tous les niveaux de la société actuelle en ce qui concerne les soins de santé: elles sont le moteur de la culture des soins, tant dans les services de santé des institutions que dans le réseau communautaire et dans la famille, agissant dans le secteur formel et dans le secteur informel. Le travail des soins est au système de santé ce que le travail domestique est à l'économie marchande: nécessaire et essentiel mais sans valeur et banalisé<sup>11</sup>.

Le développement des systèmes de santé occidentaux s'est par le passé appuyé sur la santé comme droit universel, sur le système biomédical, c'est-à-dire son savoir, son pouvoir, son prestige et ses liens obligés avec l'économie marchande (industrie pharmaceutique et haute technologie), mais aussi sur l'acquis des savoirs et des pratiques des soins prodigués surtout par des femmes, professionnelles ou non, soins jugés essentiels mais sans valeur (la valeur pouvant être ici thérapeutique, marchande, intellectuelle, symbolique, etc.). Les soins sont tour à tour trop, rien, pas assez... Cette histoire bien connue est une copie de l'histoire des femmes elles-mêmes. L'examen de l'usage courant des concepts reliés au *care* illustre cette tendance.

Dans la critique globale de l'État providence et du système de santé qui lui était caractéristique, les soins sont fréquemment assimilés aux organisations de santé, sans distinction de leur nature et de leur spécificité. Ils prennent ici le sens du service, le *health care* des anglo-saxons. Dans le langage courant, il est fréquent de se référer aux soins de santé pour identifier le système de santé lui-même. Dans le système de santé qui se construit depuis les années quatre-vingt, les soins sont facilement entraînés dans le rouleau compresseur des réductions budgétaires, sans distinction de nature : c'est le facteur humain qui coûte trop cher dans les organisations. Dans ce cas, les soins sont invisibilisés, par assimilation ou équivalence à n'importe quelle intervention dans le système de santé.

Empruntée aux pays anglo-saxons, la séparation conceptuelle entre le *cure* et le *care*, si largement acceptée, contribue aussi à sa façon à entretenir la confusion et la banalisation du travail des soins. Le *care* peut ainsi facilement se réduire à la notion de véhicule du traitement, facilitant l'humanisation du traitement médical. Toute la notion d'humanisation mériterait une attention particulière. Favoriser l'humanisation connote trop souvent l'idée d'une amélioration du climat affectif dans lequel un traitement médical aura lieu de toutes façons. Dans ce cas, le travail des soins est réduit au climat affectif nécessaire au confort et au bien-être du « bénéficiaire », sans que soient questionnés le sens ou le contenu du traitement (métaphoriquement, c'est l'infirmière qui fait « passer la pilule » !). Le travail des soins se maquille alors pour rendre possible l'humanisation de la médecine-spectacle, ce qui fait que

l'on peut vendre la médecine telle qu'elle est. Peut-on véritablement réduire le travail des soins à l'humanisation ?

Plus récemment, un nouveau concept a été créé, celui de fardeau des aidants (*burden of care*). Sous ce couvert, on nomme le poids de la charge physique et mentale des soins, qui définit l'alourdissement de la vie des familles et de toutes les aidantes : c'est le fardeau qui épuise, c'est le poids du dumping médical et de la « désins »<sup>12</sup>. On sait que les programmes de maintien à domicile ont pris une ampleur considérable, au Québec tout au moins, tandis qu'on a transféré les responsabilités d'aide et de soins des institutions aux familles. Les recherches sont nombreuses dans ce domaine et montrent que l'aide naturelle apportée par les familles a un prix, bien qu'elle soit moralement acceptable pour ces dernières (Jutras et Renaud, 1987; Lesemann et Chaume, 1989; Garant et Bolduc, 1990; Roy et Vézina, 1992; Guberman, 1991). Ce prix, c'est celui de l'épuisement et du *burn-out*, surtout pour les personnes engagées à long terme dans l'aide et les soins apportés à un proche lourdement limité dans son autonomie. Le concept de fardeau des soins est un couteau à double lame : il montre que les responsabilités d'aide et de soins sont finalement lourdes, exigeantes et complexes, de par leur nature. Par contre, associer le travail des soins à l'idée, négative, de fardeau, semble pernicieuse. Si le travail des soins se métamorphose en fardeau dans la société actuelle, c'est notamment en raison de la non-reconnaissance de la nature et de la portée sociale des soins. Dans ce cas, il devient plausible de rejeter le travail des soins dans un magma communautaire, entendre ici femmes et familles, et de l'invisibiliser.



### Soigner : accompagner dans les passages de la vie

Dans le système de santé qui se construit, en relation avec le paysage socio-sanitaire des années quatre-vingt-dix, les personnes qui agissent au cœur des soins, qu'elles soient professionnelles ou non professionnelles, ont de plus en plus à composer avec des situations limites. Dans le domaine des soins à domicile, par exemple, cela signifie être en contact avec des personnes assaillies par des démons et qui ne supportent pas d'être touchées ou approchées, avec des vieillards sans mémoire, des quadraplégiques, des incontinents, bref, avec des gens qui ont perdu, à un titre ou un autre, le contrôle d'une partie de leur corps-esprit. Il s'agit de personnes déclassées ou sans statut, ou encore inclassables par rapport à un statut.

Dans un récent article, Littlewood (1991) aborde cette question en faisant ressortir que le travail des soins consiste, en fait, à accompagner cette catégorie de personnes dans leur position de liminalité et d'ambiguïté. Selon nous, ces aspects du travail des soins illustrent, sur le plan individuel et dans un micro-environnement, les axes organisateurs de la protection du corps et du soutien par l'accompagnement. J'explorerai ici ce thème



par le biais d'un exemple, celui de l'incontinence, qui se traduit par une perte de contrôle du corps. Je reprendrai, dans ses grandes lignes, l'article de Littlewood.

La personne qui ne maîtrise pas son corps entre dans une catégorie « grise » au plan de son statut, elle est polluée, impropre. La maîtrise du corps par le contrôle de la propreté est un signe de l'entrée dans la vie humaine. Ainsi, lors de son entrée dans le monde, le bébé est entièrement dépendant de sa mère, il est inachevé. Pour un adulte, le retour vers cet état de non-contrôle signifie le retour vers la dépendance, la régression vers une forme de vie enfantine. Ne disait-on pas autrefois d'un vieillard sénile : « Il est retombé en enfance » ? La femme soignante, qu'elle soit ou non professionnelle, se trouve en contact avec cette réalité : elle partage les émotions de cet adulte malade et de ses proches qui vivent l'humiliation de cette perte de contrôle. En partageant la pollution du corps de l'adulte en perte de contrôle, la soignante entre dans le monde de cet autre : elle partage aussi la réalité d'être sans statut, ou encore inclassable par rapport à un statut. Dans beaucoup de sociétés, les soins, et les soins infirmiers en particulier, sont d'ailleurs culturellement asso-

ciés à la pollution et à la saleté. En Inde, pendant longtemps, seules les femmes de la caste des intouchables étaient « dignes » de manipuler les déchets du corps malade (Somjee, 1991). Au Québec, jusqu'aux années soixante-dix, les infirmières jouissaient d'un certain prestige, dans la mesure où elles faisaient partie des femmes qui avaient eu accès à un niveau d'éducation supérieur à celui de la population en général. Malgré ce prestige, quelles infirmières de cette époque ignorent le terme méprisant de « videuses de bassines », que l'on employait pour parler de la partie de leur tâche qui consiste à transiger avec les déchets d'un corps provisoirement ou totalement en perte de contrôle<sup>13</sup> ?

Par rapport aux personnes qui ont perdu le contrôle de leur corps, le travail des soins se réalise par la présence protectrice de la soignante devant cet état liminal et ambigu que représente la perte de contrôle de son corps. La soignante, par son rôle d'intermédiaire entre le monde du patient, de la maladie, et le monde extérieur, « normalisé », permet l'actualisation d'un espace permissif qui autorise la saleté et la pollution. Cette présence de la soignante incarne la possibilité de ce non-contrôle, la sanctionne en quelque sorte.

Deux conditions sont cependant requises : 1) l'acceptation de la proximité du corps « hors-norme » : le travail des soins diffère en ce sens de celui de la biomédecine, qui, ne l'oublions pas, s'est instituée et développée par la mise à l'écart du corps et de la subjectivité ; 2) l'acceptation de l'autre dépendant dans une relation humaine qui accepte les valeurs d'interdépendance. Par rapport à la deuxième condition, le travail des soins apparaît con-

séquemment comme contradictoire avec les normes autonomistes de notre système de santé, telles que les diffusent actuellement les gestionnaires et les technocrates. On peut faire l'hypothèse que le travail des soins se compare à un cycle, impliquant dans certaines circonstances la mise en veilleuse de l'indépendance de l'aidé, lorsqu'un accompagnement plus ou moins prolongé et intense de l'aidant-e est nécessaire. Dans le travail des soins qui implique le soutien d'une personne en perte de contrôle de son corps-esprit, l'accompagnement est susceptible de prendre davantage d'importance que l'entraide.

Le travail des soins, par l'acceptation de la proximité du corps global et de l'autre dans la dépendance, représente donc une forme de rituel d'accompagnement dans les passages de la vie : il s'agit essentiellement d'un travail d'intermédiaire ou de médiation. Nombre d'études anthropologiques (Shepherd, 1989) nous informent du fait que les femmes se situent souvent, dans les sociétés traditionnelles tout au moins, dans des positions de marginalité et occupent une place dans les différents mondes (ce monde, le monde des ancêtres). Ce sont elles qui donnent réellement naissance, à travers leur corps, et font passer de la non-vie à la vie (elles et la sage-femme), tandis qu'elles font aussi passer de la vie à la mort, dans les rites funéraires (on connaît par exemple le phénomène des *mourners*). Elles sont celles qui relient symboliquement, par un travail de soins, qui est ici accompagnement, les passages entre la vie et la mort.

Dans cette société post-moderne, où l'on assiste à la reconfiguration des oppositions vie-mort, les états bio-culturels

intermédiaires se multiplient. Du côté de la naissance, on assiste à une extension des possibilités de vie pour les prématurés : par ailleurs, le temps du mourir s'allonge, si l'on compare notre époque aux périodes historiques des grandes épidémies. La prévalence des maladies chroniques a aussi introduit le statut du malade chronique, multipliant encore là les statuts intermédiaires, par exemple les cas de malades ambulants à qui l'on répète inlassablement : « c'est normal, c'est votre maladie ». Plus que jamais, le travail des soins consiste à accompagner les personnes dans ces états limites, dans ces zones intermédiaires de la vie, là où les statuts sont perdus, inexistantes ou ambigus.

Ce travail nécessite une relation au don et à l'autre, et la reconnaissance simultanée de la dépendance et de l'interdépendance. Le don est en fait au cœur de l'éthique des soins, une éthique que Gilligan et Noddings ont appelée la morale de la sollicitude (*ethics of caring*). Bien résumée par Roy-Bureau (1991 : 208), cette éthique

trouve son fondement privilégié dans le fait que l'être humain est « un être avec les autres », un « être en relation aux autres » et, de ce fait, responsable des autres. Pour la morale de la sollicitude, l'Autre est considéré en particulier, c'est toujours cet Autre, avec un tel visage, vivant telle situation, à sa façon bien particulière : l'Autre est ainsi vu comme différent de soi : c'est celui ou celle à qui il faut penser, à qui il faut « répondre », dont on doit s'occuper.

De nombreux exemples sont cités dans une recherche récente conduite par Marie-Claire Carpentier-Roy, qui illustrent comment intervient cette relation particulière des soins à la sollicitude et au don chez des infirmières interviewées :

Leur engagement est à ce point important que dans des départements comme celui d'oncologie où plusieurs patients vivent la phase terminale, il n'est pas rare de voir des infirmières faire des achats pour leurs malades, leur confectionner des vêtements, et lorsque la mort arrive, elles iront même parfois jusqu'à accompagner la famille au salon funéraire (Carpentier-Roy, 1991 : 70).

Carpentier-Roy donne aussi l'exemple d'infirmières amenées à faire sauter les barrières de l'asepsie pour des malades atteints de sida : « On ne peut refuser à un être humain qui va mourir un dernier contact humain malgré le risque d'infection. On fait attention, c'est tout », explique l'une d'entre elles (p. 92).

Ces exemples renforcent le point de vue que nous développons à propos du problème de l'accompagnement dans les passages de la vie que sont la naissance, la maladie, la vieillesse et la mort. Transigeant dans les états limites, en bref dans la liminalité, les soignantes servent ni plus ni moins de médiatrices dans un univers qui cherche plutôt à séparer, à diviser et à hiérarchiser : la médiation qu'elles accomplissent est médiation entre le propre et le sale, médiation entre le contrôle et le non-contrôle du corps-esprit, médiation entre la vie et la mort. Il s'agit d'un travail de médiation, mais aussi d'une recherche de globalité.

Lorsque, dans les institutions de santé, nous faisons équivaloir le modèle bio-psycho-social et culturel à la notion de globalité, la globalité dont il est question n'a rien à voir avec la globalité que véhiculent les soins et le *caring*. La globalité du modèle bio-psycho-social et culturel n'est rien d'autre qu'une manière de redécouvrir ce qu'on savait déjà : que l'être humain constitue un tout indissociable. Ce modèle, inspiré de la théorie des systèmes,

appréhende l'être humain comme un ensemble de systèmes interreliés par des liens de complexité croissante (Armstrong, 1987). L'individu-système se présente donc comme un tout compartimenté. Le système de santé tend pour sa part à calquer le système de boîtes de ce modèle : au médecin le biologique, au travailleur social le social, et ainsi de suite. De façon autre, le travail des soins transcende et dépasse cette vision compartimentée des choses. La dimension soignante, en raison des valeurs de cohésion et de réciprocité qui lui sont inhérentes, met de l'avant la continuité des soins et l'intégration des parties au tout, et cela entre les différents intervenants, dans les interfaces du système et avec la personne elle-même. Dans cet esprit, la dimension soignante<sup>14</sup> n'est pas équivalente à une profession ou à un élément du système, elle n'est pas non plus le propre de l'institution.

## Conclusion

De par les savoirs qu'ils recèlent, de par leur importance pour la vie et le développement des individus et des communautés, et en regard des valeurs porteuses qu'on leur reconnaît, les soins méritent plus que le sort que la société leur fait. Post-modernes ou non, le sort que les temps actuels réservent aux soins est celui que leur accordait la société patriarcale : mépris, dévaluation, déqualification, oubli. Ces effets dévastateurs n'ont jamais empêché les femmes de résister à ces forces négatives : le *caring*, c'est aussi la réponse massive des femmes devant les trous du système de santé. Que les femmes soient largement impliquées dans le travail des soins, dans l'obligation normative à ce travail, est contestable et inacceptable. Mais

que ce travail, ces savoirs et ces pratiques se perdent dans une nébuleuse infinie, sans nom, et dans l'indignité, l'est encore plus.

Peut-être pourrions-nous jeter un regard différent sur les soins. Ce système de santé « autre » sur lequel le pouvoir sait si bien compter, quel est-il ? Sait-on vraiment de quoi il est fait ? Y a-t-il lieu de percevoir, de nommer, de développer et de valoriser le savoir dans les gestes de soins ? Il devient urgent de questionner publiquement l'allocation des ressources et la place faite aux femmes dans la production de la santé et des soins, et de faire en sorte que le travail des soins cesse d'être trop, pas assez, ou rien, et devienne la base reconstruite du système de santé lui-même.

Les soins que prodiguent les femmes communiquent un autre langage que le langage médical traditionnel par rapport à la santé et à la maladie. Ce langage est celui qui refuse le corps-objet aseptisé, mesuré, éloigné, dont l'âme et l'affect ne sont, ultimement, que des sources d'erreur pour un diagnostic à établir. Le langage du corps porté par les soins est un langage qui transporte les réalités de la vie en mouvement : l'intimité, la peur de souffrir, l'incertitude, la fragilité, le non-contrôle, la transgression des normes... Les soins prennent

toute leur importance par leur fonction (protection du corps, entraide, accompagnement), leurs valeurs (reconnaissance de l'autre, valeurs non exclusives de l'indépendance et de l'interdépendance). Les soins se situent davantage du côté de la libération du corps que du côté de son contrôle.

Ce qui est en fait rejeté entre les mains des femmes, c'est justement ce dont le pouvoir ne veut pas : la mort, la souffrance, la demi-vie, la folie : c'est l'intolérance, la maladie sociale. C'est le corps qui pue, hurle, s'agrippe. On peut juger et dire : cela est impossible et injuste, les femmes ne peuvent être collectivement responsabilisées pour cela, ce qui est vrai. Mais avant de rejeter les soins du revers de la main, parce qu'ils sont idéologiquement trop marqués, il faut poser une autre question, en prenant pour point de départ les valeurs qu'ils portent. Une hypothèse se dessine.

La société post-moderne est une société qui ne reconnaît pas l'autre, une société basée sur l'exclusion. On veut des malades gestionnaires, bien organisés, autonomes, scientifiquement contrôlés. Pas de bave, pas de gros mots. Que des silences feutrés, c'est l'idéal de l'autonomie. La *lady bag* du centre-ville est autonome. Le système de santé des années quatre-vingt-dix compte sur les soins, apport naturel et attendu des femmes, et tend à les dénaturer en rendant l'autre — psychotique, « alzheimer », errant, sidéen — coupable ou responsable de sa dépendance.

Le système de santé des soins, invisible et invisibilisé, prend pour point de départ l'acceptation de l'altérité. Les soins, librement choisis, non confinés à un sexe, à une classe ou à une profession, parfaitement visibles

et valorisés, pourraient être à la base d'une nouvelle éthique socio-sanitaire, d'une politique de la santé. Mais cela, actuellement, ce sont les femmes, et toutes les personnes qui soignent, qui peuvent le dire.

Francine Saillant  
École des sciences infirmières  
Centre de recherches sur les  
services communautaires  
Université Laval

## Notes

<sup>1</sup> La réflexion contenue dans cet article s'inscrit dans le prolongement d'une publication parue dans un numéro spécial de la revue *Recherches féministes* (Saillant, 1991a). Elle reprend des présentations faites au colloque conjoint « Les femmes et la société nouvelle » organisé à l'Université Laval par la Chaire d'études sur les femmes et la Faculté de philosophie (octobre 1992) et à la conférence d'ouverture du Forum sur la santé des femmes de l'Association de santé publique du Québec (Montréal, novembre 1992). Plusieurs personnes doivent être remerciées pour leur lecture critique des différentes versions du texte, notamment Maria De Koninck, Andrée Fortin et Nicole Rousseau. Je remercie également mes collègues de l'École des sciences infirmières qui ont participé au séminaire sur les soins et le *caring*. Enfin, cette réflexion se situe dans le prolongement théorique d'un programme de recherches en cours concernant les savoirs et les pratiques sur le corps et la santé dans les familles québécoises du début du siècle (ce programme de recherches est soutenu par le CRSH et le FCAR) et d'une recherche sur la contribution des infirmières de colonie au développement des régions isolées du Québec (projet subventionné par le CRSH).

<sup>2</sup> Voir sur cette question l'excellent ouvrage de Pat Holden et Jenny Littlewood (1991), en particulier le chapitre de Helen King sur la médecine et les soins dans la Grèce antique. Voir aussi Achterberg, 1990.

<sup>3</sup> Voir Achterberg, 1990, chap. 6 et 7. À propos de Trotula, Achterberg nous apprend qu'elle fut professeure de médecine à l'École italienne de Salerne pendant le Moyen Âge. Pour son époque, Trotula représentait une femme

- soignante avant-gardiste. Elle personnifiait l'harmonie caractéristique des femmes soignantes, par son savoir basé sur la science, son attention aux dimensions globales du corps-esprit, sa conscience de la souffrance, son sens du don et de la compassion. Elle a livré et enseigné une œuvre écrite considérable (p. 50). Quant à Hildegarde de Bingen, elle fut abbesse dans la vallée du Rhin et vécut de 1098 à 1179. Elle est l'auteure d'une œuvre théologique, musicale et médicale. Son œuvre médicale compte parmi les contributions les plus remarquables de cette époque. Elle a développé un système thérapeutique comprenant 485 plantes, dont les dosages se rapprochent de ceux de l'homéopathie. Elle a écrit sur la chirurgie et la sage-femmerie, et sur de nombreux autres sujets (p. 56).
- 4 Robert Muchembled (1979: 136) rappelle le rôle joué par la religion de la Contre-Réforme: « Une autre raison de l'acharnement des chasseurs de sorciers contre les femmes âgées tient au désir d'exterminer celles-ci qui sont les dépositaires privilégiées des croyances populaires. Les sorcières appartiennent aux générations superstitieuses contre lesquelles luttent les hommes de la Contre-Réforme ».
- 5 Pour plus de précision sur le rôle des femmes dans l'évolution et sur leur apport dans la sélection des plantes utiles à des fins alimentaires et médicinales, voir Zilman, 1989.
- 6 Soulignons toutefois que des recherches récentes montrent que l'apport du soutien social peut parfois être néfaste. Dire l'importance du soutien social ne signifie pas qu'il doit être le même en toutes circonstances.
- 7 Le Québec a connu, au cours des années trente, une vague dite de colonisation: il s'agissait de limiter l'exil des francophones vers les États-Unis, alors qu'ils étaient confrontés à la crise économique et au surpeuplement des basses terres du Saint-Laurent. Dans ce contexte, les élites politiques et religieuses trouvèrent le moyen de « donner des terres » dans les régions les moins peuplées du Québec, et d'inciter des familles à s'installer dans des régions dites de colonisation, comme l'Abitibi, la Gaspésie, et plus tard la Côte-Nord. Lors de l'ouverture d'un village dans une région dite de colonisation, on requérait les services d'un curé et d'une infirmière pour les « besoins essentiels » de la jeune population. De là l'expression « infirmière de colonie ».
- ces villages. L'héroïne du deuxième livre, Blanche Pronovost, est infirmière de colonie.
- 8 Cette recherche est dirigée par Nicole Rousseau, en collaboration avec Johanne Daigle et Francine Saillant. Son objectif est de décrire et analyser, selon une perspective historique, la contribution de ces femmes au maintien et au développement des populations des régions isolées du Québec. Le projet est subventionné par le CRSH (Programme femmes et travail). Les lecteurs intéressés à plus de détail pourront se référer à une publication consacrée à l'histoire des femmes: Rousseau, Daigle et Saillant, à paraître.
- 9 Nous employons le terme biomédecine pour désigner la médecine scientifique occidentale telle qu'elle s'est développée depuis l'après-guerre.
- 10 Nous nous devons de distinguer, en principe tout au moins, le développement des connaissances en promotion de la santé de l'usage étatique de ces dernières.
- 11 Cette idée est largement développée dans Saillant, 1991a.
- 12 Diminutif actuellement en usage chez les intervenants en santé mentale pour désigner la désinstitutionnalisation.
- 13 La division du travail dans une unité de soins peut être la manière dont on se partage, dans la réalité, le sale et le propre. Comme le fait remarquer Littlewood (1991: 125): « The traditional association of women with pollution, low status work, division of labour within the ward has separated off one form of pollutants — bodily secretions and excretions — from another — dust, spillage from flower vases, and so forth. Nurses are expected to clear up urine, faeces, and vomit. These are "sick dirt", so highly polluting that they would not be removed by the domestics ».
- 14 Cependant, pour des raisons historiques et culturelles, la profession infirmière est parfaitement identifiée à cette approche.
- CARPENTIER-ROY, Marie-Claire. 1991. *Corps et âme. Psychopathologie du travail infirmier*. Montréal, Liber.
- COLLIÈRES, Marie-Françoise. 1985. *Promouvoir la vie. De la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers*. Paris, Interéditions.
- COLLIÈRES, Marie-Françoise. 1986. « Invisible Care and Invisible Women as Health Care Providers », *International Journal of Nursing Studies*, 23, 2: 95-112.
- EPP, J. 1986a. *Achieving Health for All: A Framework for Health Promotion*. Ottawa, Minister of Supply and Services.
- EPP, J. 1986b. « The Ottawa Charter of Health Promotion », *Health Promotion*, 1, 4: iii-v.
- GARANT, Lucie, et Mario BOLDUC. 1990. *L'Aide par les proches: mythes et réalités*. Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- GUBERMAN, Nancy, et autres. 1991. *Et si l'amour ne suffisait pas*. Montréal, Éditions du Remue-Ménage.
- HOLDEN, Pat, et Jenny LITTLEWOOD. 1991. *Anthropology and Nursing*. Londres, Routledge.
- JENNINGS, Bonnie M. 1987. « Social Support: A Way to a Climate of Caring », *Nursing Administration Quarterly*, 11, 4: 63-71.
- JUTRAS, Sylvie, et Marc RENAUD. 1987. *Personnes âgées et aidants naturels. Éléments pour une réflexion sur la prévention dans le plan d'ensemble la santé pour tous*. Montréal, Université de Montréal, GRASP.
- KENINSON, Laurence M. 1992. « Woman-Health Care: Power and Policy », *Les Cahiers de la femme/Canadian Woman Studies*, 12, 2: 31-34.
- LEININGER, Madeleine. 1978. *Transcultural Nursing, Concepts, Theories, Practices*. New York, Wiley & Sons.
- LEININGER, Madeleine. 1988. « Caring, an Essential Human Need », *Proceedings of the Three National Caring Conferences*, Détroit, Wayne State University Press.
- LESEMANN Frédéric, et Claire CHAUME. 1989. *Familles-providence. La part de l'État*. Montréal, Éditions Saint-Martin.
- LIPOVETSKY, Gilles. 1983. *L'Ère du vide. Essai sur l'individualisme contemporain*. Paris, Gallimard.
- LITTLEWOOD, Jenny. 1991. « Care and Ambiguity: Towards a Concept of Nursing », dans Pat HOLDEN et Jenny LITTLEWOOD. *Anthropology*

## Bibliographie

- ACHTERBERG, Jeanne. 1990. *Woman as Healer*. Boston, Shambala, 1990.
- ARMSTRONG, David. 1987. « Theoretical Tensions in Biopsychosocial Medicine », *Social Science and Medicine*, 25, 11: 1213-1218.

- and Nursing. Londres, Routledge : 170-189.
- LOUX, Françoise. 1978. *Le Jeune Enfant et son corps dans la médecine traditionnelle*. Paris, Flammarion.
- LOUX, Françoise, et Francine SAILLANT. 1990. « Pain et corps malade dans les recettes québécoises et françaises de médecine populaire », *L'Uomo*, 3 : 179-195.
- MAFFESOLI, Michel. 1988. *Le Déclin de l'individualisme dans les sociétés de masse*. Paris, Méridiens Klincksieck.
- MORSE, Janice M., Shirley M. SOLBERG, Wendy L. NEANDER, Joan BOTORFF et Joy L. JOHNSON. 1990. « Concepts of Caring and Caring as a Concept », *Advances in Nursing Science*, 13, 1 : 1-14.
- MUCHEMBLED, Robert. 1979. *La Sorcière au village (XV<sup>e</sup>-XVIII<sup>e</sup>)*. Paris, Archives.
- OMS (Organisation mondiale de la santé). 1984. *Promotion de la santé. Une base de discussion sur le concept et les principes*. Copenhague, OMS-Europe.
- PILLISUK, Mark, et Susan H. PARKS. 1986. *Social Networks and Human Survival*. Londres, University Press of New England.
- ROUSSEAU, N., J. DAIGLE et F. SAILLANT. « Des pas sur la neige », *Recherches féministes*, à paraître.
- ROY, Jacques, et Aline VÉZINA. 1992. *De la tâche à la mission. Rapport de recherche*. Université Laval, Centre de recherches sur les services communautaires.
- ROY-BUREAU, Lucille. 1991. « Femmes et développement moral : la fin d'un mythe? », dans Mura Roberta. *Un savoir à notre image? Critique féministes des disciplines*, 1. Montréal, Adage : 201-214.
- SAILLANT, Francine. 1990. « Les recettes de médecine populaire. Pertinence anthropologique et clinique », *Anthropologie et sociétés*, 14, 1 : 93-115.
- SAILLANT, Francine. 1991a. « Les soins en péril : entre la nécessité et l'exclusion », *Recherches féministes*, 4 : 11-30.
- SAILLANT, Francine. 1991b. « Le rhume et la grippe. Recettes québécoises de médecine populaire », *Ethnologie française*, 21, 2 : 126-134.
- SAILLANT, Francine. 1992. « Pratiques et savoirs des femmes dans l'univers ethnomédical québécois », *Canadian Folklore canadien*, 14, 1 : 47-72.
- SHARP, Sharon A. 1986. « Folk Medicine Practices: Women as Keepers and Carriers of Knowledge », *Women's Studies Forum*, 9, 3 : 243-249.
- SHEPHERD MCCLAIN, Carol. 1989. *Women as Healers. Cross Cultural Perspectives*. New Brunswick, Rutgers University Press : 1-19.
- SOMJEE, Geeta. 1991. « Social Change in the Nursing Profession in India », dans Pat HOLDEN et Jenny LITTLEWOOD. *Anthropology and Nursing*. Londres, Routledge : 31-55.
- ZILHMAN, Adrienne L. 1989. « Woman the Gatherer: The Role of Women in Early Hominid Evolution », dans Sandra MORGAN. *Gender and Anthropology*. Washington, American Anthropological Association : 21-40.